

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ: РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ В АКУШЕРСТВЕ НА ПРИМЕРЕ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ГЕСТОЗОМ

Занько С.Н., Пищенко Ю.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Одним из ведущих инструментов решения многих медико-социальных задач является разработка и внедрение стандартизированных технологий оказания медицинской помощи. Благодаря планомерному развитию системы стандартизации в отечественной медицине разработан целый ряд нормативных документов, среди которых для врачей акушеров-гинекологов важное место занимают «Клинические протоколы динамического наблюдения при физиологически протекающей беременности, ведения физиологических родов,

диагностики и лечения болезней беременных, рожениц, родильниц», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 66 от 5.02.2007 г.

Протокол ведения больных – это описание унифицированной технологии оказания медицинской помощи. Протоколы должны быть универсальными, применимыми для системного анализа клинической и финансовой деятельности того подразделения (амбулаторного, стационарного), для которого каждый из них разработан, а так же соответствовать понятию «уровень оказания медицинской помощи» в зависимости от тяжести и сложности заболевания.

Первая задача, которая встает при создании протокола – необходимость моделирования ситуаций, создания образа пациента, с которыми врач будет сталкиваться в своей повседневной практике, и решение ее является определяющей для всей дальнейшей работы. Клинико-затратные группы (КЗГ) – это внутрибольничные, стандартизированные группы пациентов, объединенные по принципу: схожести клинической симптоматики; однотипности диагностических методов исследования; однотипности принципов лечения; близости объемов затрат на оказание медицинской помощи [1]

До настоящего времени чрезвычайно важной проблемой акушерства остается гестоз, так как нередко приводит к материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Проблема оптимизации лечения гестозов сохраняет актуальность, особенно для акушерских стационаров, характеризующихся концентрацией больных с тяжелыми формами гестозов. В настоящее время стационарная помощь является наиболее ресурсоемким сектором, в которой сосредоточено более 50% финансовых и материально-технических ресурсов системы здравоохранения. В связи с этим рациональное использование коечного фонда и обеспечение высокого качества и эффективности стационарной помощи в значительной мере определяет успех реформирования системы отечественного здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного, нами на начальном этапе фармакоэкономического исследования лекарственной терапии гестозов легкой и средней степени тяжести на этапе стационаров II и III перинатальных центров была предпринята попытка создания прикладной модели пациенток с гестозом легкой и средней степени тяжести, охватывающей возможно значимые в практике варианты течения и проявления заболевания.

В основу формирования КЗГ в нашем исследовании были заложены следующие признаки: 1). Степень тяжести гестоза 2). Клинические проявления гестоза. 3). Срок беременности. 4). Осложнения со стороны беременной/плода. 5). Сопутствующее заболевание, требующие лекарственной терапии или оказывающее выраженное влияние на течение основного заболевания. 6). Длительность лечения.

Выделение степени тяжести заболевания имеет принципиально важное значение. Именно это понятие конкретизирует в последующем при составлении стандарта уровень и тактику оказания медицинской помощи, диагностическую и лечебную активность, объем медицинских вмешательств.

На основании степени тяжести процесса, состояния матери и плода, срока беременности принимается решение о проведении выжидательной тактики или родоразрешения. Независимо от выбранной стратегии лечения, основной целью должна быть безопасность матери и рождение жизнеспособного ребенка. При

этом установлено, срок гестации является одним из определяющих факторов для рождения и развития полноценных детей. Прерывание беременности до 32-34 недель показано только по строгим показаниям, когда гестоз представляет угрозу для жизни и здоровья матери [2].

Неоспоримо влияние сопутствующей патологии на течение гестоза: раннее клиническое проявление, быстрое развитие и стойкость симптомов, длительное и более тяжелое течение, неустойчивый эффект от проводимой терапии [3]. Основанием для включения в КЗГ сопутствующей патологии явилась так же необходимость дополнительных методик обследования, усугубление лекарственной нагрузки на организм беременной и плода.

Важным практическим моментом является необходимость обязательного проведения соответствия каждой из создаваемых моделей используемой в повседневной практике МКБ-10 для учетно-отчетной, финансовой и других видов деятельности лечебных учреждений. При этом каждой подгруппе МКБ-10 может соответствовать несколько КЗГ. Это еще одно подтверждение прикладной клинической направленности системы моделирования, т.к. эта система конкретизирует МКБ, реально приближает к клинической практике

Таблица – Пример формирования клинко-затратных групп пациенток, проходивших стационарное лечение с гестозом легкой степени тяжести в родильных домах г. Витебска (III перинатальный уровень) и г. Борисова (II перинатальный уровень)

Клиническое проявление Код МКБ 10	Срок беременности неделя	2001 год			2002 год			2003 год		
		Койко-дни M ± SD	Абс	%	Койко-дни M ± SD	Абс.	%	Койко-дни M ± SD	Абс	%
Легкая степень тяжести	г. Витебск	n = 346			n = 386			n = 399		
	г. Борисов	n = 607			n = 618			n = 705		
Вызванные беременностью отеки О 12.0	III уровень 30-35	12,2 ± 8,9	60	17,3	12,6 ± 3,6	98	25,2	10,2 ± 3,3	91	22,8
	III уровень более 36	8,9 ± 6,7	156	45,1	7,5 ± 5	173	44,5	8,4 ± 5,3	194	48,6
	II уровень 30-35	11,9 ± 3,5	274	45,1	12,8 ± 4,5	200	32,4	12,9 ± 3,8	254	36
	II уровень более 36	7,9 ± 4,7	151	24,9	8,2 ± 5,6	198	32	6,9 ± 5	250	35,5
Вызванная беременностью протеинурия О 12.1	III уровень 30-35	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	III уровень более 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	II уровень 30-35	-	-	-	17	1	0,2	15	2	0,3

	II уровень более 36	3,5	2	0,3	17	1	0,2	3	1	0,1
Гипертензия во время беременности О 16	III уровень 30-35	12	5	1,4	11,7	3	0,5	9	1	0,2
	III уровень более 36	7,2	8	2,3	4,2	4	0,6	6,6	8	2
	II уровень 30-35	11	2	0,3	-	-	-	13,3	6	0,8
	II уровень более 36	2,6	5	0,8	-	-	-	6,3	7	1
Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии О 13	III уровень 30-35	13,5	2	0,6	13,7	3	0,8	-	-	-
	III уровень более 36	4	4	1,2	-	-	-	2	1	0,2
	II уровень 30-35	-	-	-	-	-	-	29	1	0,1
	II уровень более 36	9	1	0,2	-	-	-	-	-	-
Вызванные беременностью гипертензия и отеки О 16; О 12.0	III уровень 30-35	12,5 ± 3,8	18	5,2	15,6 ± 3,5	13	3,4	11,1 ± 3,6	11	2,8
	III уровень более 36	8,8 ± 7,7	48	13,9	9,7 ± 6,5	49	12,7	8,3 ± 5,4	58	14,5
	II уровень 30-35	11,7 ± 3,7	29	4,8	12 ± 5	46	7,4	11,9 ± 4,9	36	5,1
	II уровень более 36	7,8 ± 4,8	45	7,4	12 ± 5,4	62	10	6,1 ± 4,6	63	8,9
Вызванные беременностью отеки и протеинурия О 12.2	III уровень 30-35	-	-	-	19	4	1	7,5	2	0,5
	III уровень более 36	15	1	0,3	5	5	1,3	11,3	4	1
	II уровень 30-35	10,5 ± 3,7	18	3	11,5 ± 3,4	23	3,7	14,2 ± 4,1	25	3,5
	II уровень более 36	8,9 ± 5,3	22	3,6	9,4 ± 7,0	18	2,9	8,2 ± 5,4	20	2,8
Презклампсия легкой степени О 14	III уровень 30-35	11	1	0,3	6	1	0,3	10,3	4	1
	III уровень более 36	5,7 ± 5,6	13	3,8	10,5	6	1,5	12,8	8	2
	II уровень 30-35	14,4 ± 6,2	21	3,5	13,3 ± 5,1	24	3,9	14,4 ± 11	17	2,4
	II уровень более 36	7,1 ± 5,3	28	4,6	6,2 ± 3,8	30	4,8	5,3 ± 5,4	15	2,1

Осложнения: фетоплацентарная недостаточность. Сопутствующая экстрагенитальная патология (более чем у 10% пациенток и требующая дополнительного обследования и фармакотерапии): анемия, кольпит, воспалительные заболевания мочевыводящих путей.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев лечение гестозов должно быть стандартизировано. Следующий этап исследования - формирование однородных как по клиническим, так и по экономическим критериям групп больных, создание стандартов технологий обследования, лечения и реабилитации, определение допустимых уровней достигаемых результатов (утяжеление состояния, выздоровление, отсутствие эффекта и пр.).

Цели разработки КДГ: 1. проведение сравнительной экспертной оценки лечебно-диагностического процесса на разных уровнях оказания медицинской помощи; 2. проведение анализа востребованности тех или иных методов исследований и медикаментов; 3. снижение количества необоснованных и непрофильных лечебно-диагностических назначений; 4. для исчисления затрат и составления бюджета ЛПУ.

С целью правильного распределения финансовых ресурсов КЗГ должны пересматриваться по: структуре заболеваемости (по вышеперечисленным критериям); динамике процесса; сравнительный анализ с прошлым годом; сравнительный анализ со среднемноголетним уровнем; сравнительного анализа с заболеваемостью в другом ЛПУ.

Литература:

1. Засыпкин, М.Ю. Стандартизация экономических критериев оказания стационарной акушерско-гинекологической помощи на региональном уровне / М.Ю. Засыпкин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2000. - № 4. – С. 7 – 10.
2. Некоторые актуальные вопросы акушерства / Г.М.Савельева [и др.]. – акушерство и гинекология. – 2006 - № 3. – С 3 - 7.
3. Серов, В.Н. Руководство по практическому акушерству / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: ООО "МИА" - 1997. – 424 с.